

湖北省医疗保障局办公室文件

鄂医保办〔2025〕35号

省医疗保障局办公室关于印发《湖北省按病种付费医疗保障经办管理规程》的通知

各市、州、直管市及神农架林区医疗保障局：

现将《湖北省按病种付费医疗保障经办管理规程》印发给你们，请认真遵照执行。实施过程中如遇重大事项，应及时报告。



（此件公开发布）

湖北省按病种付费医疗保障 经办管理规程

根据《国家医疗保障局办公室关于印发按病种付费医疗保障经办管理规程(2025版)的通知》(医保办发〔2025〕2号)和《关于执行按病组和病种分值付费2.0版分组方案推动支付方式改革提质增效的通知》(鄂医保办〔2024〕30号)要求,深化医保支付方式改革,提高医疗保障基金使用效率,保障参保人员权益,做好我省按病种付费经办管理工作,现制定本规程。

第一章 总则

第一条 按病种付费是深化医保支付方式改革的重要组成部分,目标是促进医疗卫生资源合理利用,体现医务人员劳务价值,保障参保人员待遇水平,推进医保基金平稳高效运行。本规程提到的按病种付费包括病组付费(DRG)和病种分值付费(DIP)两种形式。

第二条 医疗保障经办机构(以下简称“经办机构”)依据医疗保障行政部门制定的支付政策以及病种分组、特例单议、数据工作组、意见收集等支付机制规定,开展按病种付费经办管理,发挥结余留用、合理超支分担等激励约束作用,开展运行分析和评价考核,及时反馈医保政策执行情况,为参保人员购买高质量、有效率、能负担的医药服务。

第三条 省级经办机构负责组织并指导市级经办机构开展按

病种付费经办管理工作，监测评估按病种付费经办运行情况，开展相关培训交流，不断提升经办管理服务能力。

市级经办机构按照国家和省要求，积极落实按病种付费经办管理工作，制定适合本地的按病种付费经办管理规程，做好本地职工、城乡居民基本医疗保险住院费用按病种付费结算，开展协议管理、总额预算制定、审核结算、年度考核等工作，对按病种付费运行情况进行监测评估。大额（大病）医疗保险、生育保险等住院费用可结合实际探索按病种付费结算。各统筹区可结合实际，进一步细化市、县经办机构具体职责和分工安排，协同做好按病种付费相关工作。

第四条 本规程适用于纳入按病种付费的本地住院医疗费用的经办管理工作。

第五条 完善“1+3+N”多层次医疗保障体系下的按病种付费经办管理，加强按病种付费与医疗服务价格改革、集中带量采购、医保目录谈判、商业健康保险、基金监管等工作的协同。做好与即时结算、直接结算、同步结算的协同推进。加强与公立医院高质量发展、紧密型县域医共体建设、推动检查检验互认等医改工作的协调联动。

第二章 协议管理

第六条 将按病种付费纳入协议管理范围，经办机构与定点医疗机构通过签订医疗保障服务协议，明确双方权利义务。

第七条 按病种付费相关的协议内容原则上包括：按病种付

费的定点医疗机构做好信息系统完善、医疗保障基金结算清单（以下简称“结算清单”）及相关数据上传等工作；经办机构明确医保基金结算方式、拨付时限、支付标准、考核评价等管理要求。经办机构根据按病种付费实际需要，完善协议管理内容，落实按病种付费经办管理流程，强化定点医疗机构履约责任。省内异地就医住院费用纳入按病种付费范围的，应遵照就医地协议管理执行。

第三章 数据治理

第八条 加快全省统一的医保信息平台落地应用，完善数据采集、质量控制、分组方案管理、分组服务、权重（分值）和费率（点值）测算、结算清算、审核核查等功能，深化支付方式管理子系统 DRG/DIP 相关功能模块应用，为按病种付费管理提供数据和平台支撑。推进智能审核、病例评审、运行监测等个性化配置，构建全流程线上管理体系。各统筹区指导定点医疗机构及时做好医保信息平台数据库动态维护、编码映射、接口改造等工作。

第九条 数据采集是制定按病种付费分组方案、测算支付标准、结算清算、审核核查等工作的基础。做好国家医疗保障信息业务编码标准的应用工作，统一规范使用疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材等信息业务编码标准。经办机构指导定点医疗机构按照《医疗保障基金结算清单填写规范》等规定填报患者诊疗、医疗收费等信息，并上传至医保信息平台。

第十条 加强数据治理，开展结算清单等相关数据的质量控

制工作。经办机构应按照规定对上传数据进行核验，结合实际对结算清单数据开展事后质控，提高数据质量。

第十一条 按照国家、省相关法律法规，开展信息系统建设和数据管理。按照数据安全的有关管理要求，采集、传输和使用数据，保障数据总体安全可控。落实网络与信息安全相关政策和标准，强化网络安全技术防护能力，做好网络与信息安全保障。加强数据安全审批，做好分级分类管理和重要数据保护，做好数据安全风险评估。

第四章 预算管理

第十二条 按照《中华人民共和国预算法》及《中华人民共和国预算法实施条例》等法律法规，以及《社会保险基金财务制度》等政策要求，坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，会同相关部门合理编制年度基金支出预算。

第十三条 在基金支出预算的基础上，综合考虑本地经济社会发展水平、医保基金运行情况、医疗资源配置规划、人民健康需求等因素，科学编制按病种付费等预算。可根据基金运行情况、医疗卫生资源规划和发展、群众就医实际需求等，在预算中预留一定比例，统筹用于年中调整、年度清算时的合理补偿及超支分担。可采用基金支出比例法、基金支出扣减法或趋势法分别确定统筹区职工和城乡居民基本医疗保险预算总额。

第十四条 预算执行中，因基金结余、就医人数变化、相关重大政策调整、重大公共卫生事件等因素，确需调整预算总额的，

由统筹区医保部门根据实际情况制定调整政策，报省医保局行政主管部门备案。

第五章 核心要素管理

第十五条 分组方案和病种库。

实行 DRG 付费的统筹区应统一应用《湖北省按病组（DRG）付费分组方案》，并在此基础上依据历史数据科学测算，确定病组权重、费率等核心要素，合理确定基层病组、中医优势病组、床日病组等。无历史数据的病组，由各统筹区合理确定权重。分组方案执行过程中，各统筹区应及时上报运行情况，由省级医保部门根据运行实际、临床技术发展和医疗服务开展统一进行动态调整，各统筹区及时切换应用。

实行 DIP 付费的统筹区应统一应用《湖北省按病种分值（DIP）付费病种库》，并在此基础上依据历史数据科学测算，确定病种分值、点值、系数等核心要素，合理确定基层病种、中医优势病种和床日病种等，建立病种分值校正机制。无历史数据的病种，由各统筹区合理确定分值。病种库执行过程中，各统筹区应及时上报运行情况，由省级医保部门根据运行实际、临床技术发展和医疗服务开展统一进行动态调整，各统筹区及时切换应用。

第十六条 权重（分值）。权重（分值）反映不同病组（种）的医疗资源消耗相对于平均医疗资源消耗的程度。基础权重（标准分值）通常采用该病组（种）的次均医疗费用与统筹地区次均

住院医疗费用的比值表示,也可采用基准病种费用法或标准定额法计算。权重(分值)越高,代表该病种消耗的医疗资源越多。总权重(分值)为各病组权重(病种分值)与患者例数乘积之和。各统筹区可在总权重(分值)不变的原则下,根据实践经验和历史数据、协商谈判结果、优化医疗资源消耗结构等因素,对不同病组(种)基础权重(标准分值)进行调整优化,形成付费权重(分值)。

第十七条 费率(点值)。费率(点值)反映在按病种付费等预算基础上,每一权重(分值)的医疗费用值。可结合实际需要选择费率(点值)确定方式,包括固定费率、浮动费率、弹性费率(点值包括预算点值、结算点值)等。

第十八条 系数。根据定点医疗机构级别、功能定位、医疗水平、专科特色、病组结构等因素,合理设置系数,促进因病施治,推进分级诊疗。建立系数动态调整机制。综合考虑定点医疗机构的功能定位、医疗水平、服务能力、专科特色、病种结构、协议履行情况等反映医疗机构综合水平和成本的相关因素,设定医疗机构等级系数、病组(病种)系数等,并动态调整。

第十九条 支付标准。病组付费的支付标准通过费率乘以权重、系数计算。病种分值付费的支付标准通过分值乘以点值、系数计算。根据医保基金实际运行情况,适时对权重(分值)、费率(点值)、系数进行动态调整。

第二十条 基层病组(种)。对占基层医疗机构病例比重较大,医疗费用相对稳定,变异系数较低且适宜基层医疗机构开展

的常见病、多发病、慢性病等，可设置基层病组（种），不区分医疗机构级别、系数，在统筹区内实行同病同支付。

第六章 审核结算

第二十一条 推进智能审核全覆盖，常态化开展医保数据筛查分析，完善随机抽查检查机制，提高日常审核能力，强化基金安全防控。

第二十二条 经办机构对定点医疗机构申报的医疗费用进行审核，推进按病种付费智能审核。对智能审核发现的疑似违规费用进行核实，对初审通过的医疗费用进行随机抽查复审，对高套病种、分解住院、低标入院、推诿病人、转嫁住院费用等疑点问题及时移交统筹区医保行政部门。

第二十三条 按照规定建立医保基金预付制度。符合基金预付条件的统筹区，要合理确定预付金基础规模，结合定点医疗机构年度综合考核、信用评价等情况进行调整，预付规模应在1个月左右。经办机构要规范预付金管理流程，做好对账核算工作。

第二十四条 积极推进医保与定点医疗机构即时结算，与以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式做好衔接。

第二十五条 开展月度预结算。对定点医疗机构申报月度结算费用可按照一定比例按月予以预结算，暂未结算的纳入年度清算。可将基本医保统筹支付额预留一定比例（不超过5%）作为质量保证金，结合考核评价情况在年度清算进行拨付。月度结算资金应按要求及时足额完成拨付。

(一) 费用申报。每月上旬，定点医疗机构对上月已完成对账的医保结算费用进行申报。在申报前，应完成结算清单的上传。

(二) 智能审核。经办机构依据智能监控规则，对当月申报的医保结算费用进行全量智能审核，并下发智能审核初审结果。定点医疗机构对有异议的初审违规结果进行申诉，经办机构对申诉费用进行复审。对复审结果有异议的，经办机构和定点医疗机构进行合议。经办机构确定智能审核扣款结果，并在结算时予以扣减。

(三) 月度结算。经办机构根据月度预算及执行情况、月拨付比例、审核扣款结果、已拨付金额等核定出月度结算应付费用，生成月度结算支付计划，并通过省医保信息平台业财一体化模块拨付。

(四) 基金拨付。经办机构向定点医疗机构拨付月度预结算费用，并详细注明拨付摘要。

第七章 特例单议

第二十六条 申报特例单议的病例原则上应为住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按病种付费的病例，或现行分组方案未包含的病例等。

第二十七条 各统筹区依据特例单议申报标准、申报程序、审核流程、结算办法等规范，开展审核评议。DRG 特例单议数量原则上不超过统筹地区 DRG 出院总病例的 5%，DIP 特例单议数量原则上不超过统筹地区 DIP 出院总病例的 5‰。

第二十八条 特例单议应由医疗机构自主申报，由统筹区医保行政部门采取线上或线下的方式，按季度组织开展，可通过智能评审与专家评审相结合等方式对特例单议病例进行审核评议。

第二十九条 经办机构根据审核评议结果开展结算清算。对符合特例单议的病例，可调整该病例支付标准，开展结算清算。对不符合特例单议的病例，按本地病种付费规定执行。

第三十条 对定点医疗机构申请特例单议的数量、审核通过的数量、特例单议病例数量占出院病例数比例等按时进行公告并形成机制，特例单议结果可应用于当年按病种付费清算。定点医疗机构对特例单议结果有异议的，可在规定时间内向统筹区医保行政部门提出争议裁决。

第八章 年度清算

第三十一条 根据医保基金预算、核心要素核定结果、特例单议等支付机制运行结果、结余留用合理超支分担等方面，结合协议考核、考核评价、监测评估等结果，开展年度清算。主要包括以下内容：

- （一）根据各地规定，处理医保结算清单等数据。
- （二）确定用于按病种付费的清算总额。
- （三）计算统筹地区年度权重（分值）和费率（点值）。
- （四）根据年度清算费率（点值）和各定点医疗机构的年度总权重（分值），确定各定点医疗机构的清算总额。
- （五）可综合考虑定点医疗机构经审核扣减后的医保基金支

付金额、年度预清算支付金额、协议管理情况、调节金、病例评审、违规扣减金额等因素，计算结余留用或合理超支分担金额，确定各定点医疗机构年度医保基金支付金额。

(六)核定各定点医疗机构按病种付费年度医保基金支付金额和月度预结算金额之间的差额，向定点医疗机构拨付医保基金。

第三十二条 经办机构应按照规定时限向定点医疗机构拨付清算资金，并指导定点医疗机构对医保清算资金拨付情况进行确认，督促定点医疗机构按照财务会计制度等规定对应由其承担的医疗费用及时进行账务处理。通过落实数据公开、意见收集、特例单议、协商谈判等机制，减轻年度清算压力，提升清算质效。

第九章 稽核核查

第三十三条 各统筹区应建立与按病种付费相适配的定点医疗机构监管制度，对按病种付费实施过程进行事前、事中、事后全流程监测，依托信息化手段，开展日常稽核，利用线上与线下手段，推动费用审核与稽核检查联动，提高管理效率。

第三十四条 对审核核查工作中发现的疑点问题，经办机构及时向定点医疗机构反馈，畅通申诉渠道，按规定对违规费用予以拒付或追回。针对重大违规、涉嫌欺诈骗保等线索，应及时移交医保行政部门和核查部门组织医疗、病案等领域专家开展专项稽核。

第三十五条 应用医保信息平台支付方式管理子系统

DRG/DIP 相关功能模块，结合实际开展按病种付费分析和评价。医保部门应充分利用大数据分析等技术手段，对医疗服务相关行为和费用进行监测分析，积极完善基于管理区域、医疗机构、医保医师、医保药师、医保护士、参保人、病种、结算清单等多维度的监管指标体系，对门诊住院人次、人次人头比、住院医疗费用、个人负担费用、CMI 增长和病种变化等情况开展监测分析与重点监管。防范医疗机构将住院医疗费用向门诊、向患者转移，增加患者负担。

第三十六条 有条件的统筹区可联合医药服务管理部门定期开展病例评审，组织专家对各级医疗机构纳入病种付费的病例抽检，重点抽检偏差病例、特殊病例等。病例评审结果与年度预拨付、年度清算等挂钩。

第三十七条 畅通投诉举报途径，支持并鼓励社会各界参与监督，实现多方良性互动。

第十章 结余留用

第三十八条 原则上统筹区应建立健全“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制，提高医疗机构自我管理的积极性。

第三十九条 结合地方实际科学合理确定结余留用的具体办法。可以综合按病种付费预算、按病种应支付金额、按项目付费记账金额、单个病例医疗费用与病组/病种支付标准等方面因素，确定结余和超支的比例、分担比例、合理区间值等，实施前做好数据模拟测算。引导定点医疗机构通过合理提供医疗服务获得结

余，对其合理超支部分进行共担。

第十一章 考核评价

第四十条 开展按病种付费考核评价，保障按病种付费可持续运行，保证参保人员受益水平，引导定点医疗机构合理提供医疗服务。

第四十一条 按病种付费考核评价要明确考核方式、评分主体、评分标准，建立考核指标，提高指标评价的客观性和可操作性，考核指标主要包括：数据质量、医疗服务能力、医疗质量、医疗行为、服务效率等。结合统筹区实际，将定点医疗机构履行医保协议、结算清单和医疗费用明细数据上传、药品耗材集采、基金监管等医保政策执行情况纳入考核。加强考核结果应用，考核结果可与结余留用合理超支分担比例、基金预付、质量保证金拨付等年度清算内容挂钩。

第十二章 数据应用

第四十二条 各统筹区要建立数据工作组，工作组成员由医药管理、规划财务、经办机构、数据管理等医保部门工作人员，以及定点医疗机构代表组成。数据工作组主要负责医保数据的审核分析、定期公开和医疗机构的意见收集。

第四十三条 强化与医疗机构的沟通协商，充分发挥数据工作组信息收集发布作用，定期分析医保基金收支情况、预算执行情况、DRG/DIP 付费、结算清算进度等，组织数据公开沟通会，

通过月告知、季公布、年通报等方式向定点医疗机构公开数据分析结果、对数据分析和公开内容如实做好宣传解释，帮助医疗机构理解医保政策，引导合理预期。

第十三章 意见收集反馈

第四十四条 各统筹区建立面向定点医疗机构、医务人员、医保医疗相关领域专家的意见收集和反馈机制，为优化政策、完善分组、规范管理等提供依据和支撑。重点收集医疗机构、医务人员关于按病种付费的相关意见建议，加强与财政、卫生健康、中医药管理等部门的沟通协作，定期进行专题调研与会商，共同研究按病种付费工作中的堵点问题。定期通报交流对各定点医疗机构按病种付费实施过程中的典型案例。

第四十五条 做好按病种付费管理的宣传工作，积极回应群众关切，合理引导社会预期，凝聚社会共识，充分调动各方参与、支持配合按病种付费管理工作。对按病种付费政策进行调整、修订时，应提前做好风险评估，充分听取医疗机构及社会公众意见，积极回应诉求、释疑解惑，努力营造良好氛围。

第十四章 谈判协商

第四十六条 各统筹区要建立关于预算、权重、分值、调节系数等支付核心要素的谈判协商机制。协商谈判代表可由定点医疗机构代表、行业（学）协会、卫生健康和医保等部门共同参与，也可探索邀请参保人代表参与谈判协商。

第四十七条 各统筹区要建立支付方式改革专家组，为支付方式改革提供技术支撑，指导定点医疗机构更好落实医保政策，也可承担特例单议、谈判协商、争议处理等工作。选择专家应坚持公开、公平、公正、择优的原则，专家评议采取回避制度。可探索专家库信息共享机制。

第十五章 争议处理

第四十八条 争议处理遵循公平公正、客观合理、多方参与、及时处理的原则。开展按病种付费争议处理，及时妥善解决工作开展、履行协议过程中产生的争议问题。

第四十九条 对在按病种付费中出现的各类纠纷，可采取专家评议或其他形式，按照医疗保障服务协议及相关法律法规处理。

第十六章 附则

第五十条 本规程由省医疗保障局负责解释，自印发之日起实施。已有规定与本规定不一致，按本规定执行。实施过程中国家医保局及省医保局有新规定的，从其规定。

